HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	OCTUBRE 16 DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-030-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
233-2023	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS, SUSTITUTOS ÓSEOS Y PRÓTESIS A MEDIDA. PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL, CIRUGÍA PLÁSTICA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		28/04/2023
		Valor inicial:	$	144.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)	$	-
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	144.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			223823	13123
			Fecha:	13/01/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		18-44-101088836
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO S.A.
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		12/05/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ 17/05/2023
		Fecha de inicio de contrato		4/04/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			12/05/2023	15/11/2023
		Vigencia del Contrato: : La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 800.250.382		
		Dirección: Trans 23 No. 93-23		
		Telefono: 7447300		
AMAREY NOVA MEDICAL S.S		Cuenta Bancaria No. 048-094618-99		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: PAGOS PARCIALES

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS, SUSTITUTOS ÓSEOS Y PRÓTESIS A MEDIDA. PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL, CIRUGÍA PLÁSTICA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	ZD000000007558	AMY8800156008	2/10/2023	21956	$ 120.429,00
	ZD000000007559	AMY8800156007	2/10/2023	21957	$ 1.538.282,00
	ZD000000007563	AMY8800156014	2/10/2023	21996	$ 2.988.002,00
	ZD000000007565	AMY8800156013	2/10/2023	21998	$ 157.683,00
	ZD000000007596	AMY8800156118	3/10/2023	22106	$ 160.572,00
	ZD000000007597	AMY8800156232	4/10/2023	22107	$ 154.794,00
	ZD000000007599	AMY8800156119	3/10/2023	22109	$ 37.254,00
	ZD000000007600	AMY8800156117	3/10/2023	22112	$ 3.727.786,00
	ZD000000007601	AMY8800156231	4/10/2023	22117	$ 80.286,00
	ZD000000007602	AMY8800156228	4/10/2023	22120	$ 80.286,00
	ZD000000007650	AMY8800156404	5/10/2023	22203	$ 1.808.893,00
	ZD000000007651	AMY8800156375	5/10/2023	22204	$ 80.286,00
	ZD000000007652	AMY8800156372	5/10/2023	22205	$ 1.179.164,00
	ZD000000007653	AMY8800156374	5/10/2023	22206	$ 1.549.001,00
	ZD000000007662	AMY8800156601	9/10/2023	22229	$ 40.143,00
	ZD000000007663	AMY8800156600	9/10/2023	22230	$ 1.761.855,00
	ZD000000007730	AMY8800156826	10/10/2023	22356	$ 80.286,00
	ZD000000007731	AMY8800156823	10/10/2023	22357	$ 120.429,00
	ZD000000007732	AMY8800156822	10/10/2023	22358	$ 1.549.001,00
	ZD000000007759	AMY8800156917	12/10/2023	22414	$ 80.286,00
	ZD000000007760	AMY8800156918	12/10/2023	22415	$ 413.756,00
	ZD000000007761	AMY8800157020	13/10/2023	22416	$ 80.286,00
Total del mes					$ 17.788.760,00
Saldo del contrato					$ 53.453.256,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$17.788.760,00
VALOR EN LETRAS :	DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

~~NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y Riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx correspondiente al mes de XXX)~~

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); así mismo certifico que el/la) contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 144.000.000,00	$ 90.546.744,00	$ 0,00	$ 53.453.256,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 144.000.000,00	$ 90.546.744,00	$ 0,00	$ 53.453.256,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ
NUMERO DE CEDULA:	79.299.843
FIRMA :	

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	OCTUBRE 30 DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-030-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
233-2023	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS, SUSTITUTOS ÓSEOS Y PRÓTESIS A MEDIDA. PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL, CIRUGÍA PLÁSTICA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		28/04/2023
		Valor inicial:	$	144.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)	$	-
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	144.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			223823	13123
			Fecha:	13/01/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101088836	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	12/05/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ 12/05/2023	
		Fecha de inicio de contrato	4/04/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			12/05/2023	15/11/2023
		Vigencia del Contrato: : La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 800.250.382		
		Dirección: Trans 23 No. 93-23		
		Telefono: 7447300		
AMAREY NOVA MEDICAL S.S		Cuenta Bancaria No. 048-094618-99		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: PAGOS PARCIALES

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS, SUSTITUTOS ÓSEOS Y PRÓTESIS A MEDIDA. PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL, CIRUGÍA PLÁSTICA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	ZD000000007816	AMY8800157250	18/10/2023	22621	$ 1.549.001,00
	ZD000000007817	AMY8800157416	19/10/2023	22625	$ 2.988.002,00
	ZD000000007859	AMY8800157756	23/10/2023	22817	$ 40.143,00
	ZD000000007931	AMY8800158195	25/10/2023	23376	$ 208.477,00
	ZD000000007886	AMY8800157755	23/10/2023	23391	$ 80.286,00
	ZD000000007974	AMY8800158197	25/10/2023	23874	$ 181.605,00
	ZD000000007975	AMY8800158193	25/10/2023	23876	$ 359.018,00
	ZD000000007976	AMY8800158191	25/10/2023	23878	$ 80.286,00
	ZD000000007977	AMY8800158362	26/10/2023	23880	$ 205.581,00
Total del mes					$ 5.692.399,00
Saldo del contrato					$ 47.760.857,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$5.692.399,00
VALOR EN LETRAS :	CINCO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

~~NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° XXXX – correspondiente al mes de XXX~~

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); así mismo certifico que el/la) contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 144.000.000,00	$ 96.239.143,00	$ 0,00	$ 47.760.857,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 144.000.000,00	$ 96.239.143,00	$ 0,00	$ 47.760.857,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ
NUMERO DE CEDULA:	79.299.843
FIRMA :	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Dr. JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ
C.C. 79.299.843
Especialista Ortopedia y Traumatología

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se firma en las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		